

PATIENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR
Nom Prénom..... Date de naissance Adresse.....	Signature :

RENSEIGNEMENTS SUR L'APPARENTE	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES												
CONJOINT NomPrénom..... PERE NomPrénom..... MERE NomPrénom.....	<input type="checkbox"/> Grossesse (DDG) <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> <input type="checkbox"/> Date de prélèvement <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> <input type="checkbox"/> Diagnostic prénatal en cours <input type="checkbox"/> Attestation médicale / Consentement patient Si NON le RECLAMER												

CARACTERISATION DE L'HEMOPHILIE	
Type <input type="checkbox"/> Hémophilie A (gène F8) <input type="checkbox"/> Hémophilie B (gène F9) <input type="checkbox"/> non déterminé Cas <input type="checkbox"/> sporadique <input type="checkbox"/> familial Sévérité <input type="checkbox"/> sévère (<1%) <input type="checkbox"/> modérée (1-<5%) <input type="checkbox"/> mineure (5-40%) <input type="checkbox"/> indéterminée Antécédents d'inhibiteur chez le patient <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> oui si oui : <input type="checkbox"/> < 5UB <input type="checkbox"/> ≥ 5 UB Indication d'étude pour les femmes Détermination du statut de conductrice : <input type="checkbox"/> hémophile connu dans la famille <input type="checkbox"/> pas d'ATCD d'hémophilie dans la famille	Famille de référence (nom de famille du cas index + autres noms dans la famille) Famille <input type="checkbox"/> non étudiée antérieurement <input type="checkbox"/> déjà étudiée au laboratoire Cerba <input type="checkbox"/> déjà étudiée dans un autre laboratoire Mutation identifiée <input type="checkbox"/> joindre les résultats de l'étude antérieure OU <input type="checkbox"/> indiquer les coordonnées du laboratoire ayant effectué le génotype : Arbre généalogique à joindre à ce formulaire

INDICATION D'ETUDE POUR LES FEMMES	
Détermination du statut de conductrice <input type="checkbox"/> hémophilie connue dans la famille	<input type="checkbox"/> pas d'ATCD d'hémophilie dans la famille

RESULTATS BIOLOGIQUES DE LA PERSONNE PRELEVEE	
<i>Les points soulignés doivent être obligatoirement renseignés pour la réalisation de l'étude</i>	
HEMOPHILIE A FVIII:C :..... FVIII:Ag :..... Dosage chromogénique du FVIII:C :..... Dans les cas d'hémophilie A modérée/mineure et chez les femmes à taux bas : FVIII:C/WFAG :..... Liaison Facteur Willebrand / FVIII (VWF:FVIII B) : <input type="checkbox"/> très abaissée <input type="checkbox"/> modérément abaissée <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> en cours* VWF:Ag :..... FV:C :..... CRP :..... * l'étude génétique ne sera débutée qu'à réception de ce résultat	HEMOPHILIE B FIX:C :..... FIX:Ag :.....